# Turnitin Informe de Originalidad

Procesado el: 14-oct.-2021 10:55 a. m. CDT
Identificador: 1673831394
Número de palabras: 7305
Entregado: 1

Tesis Por Jesus Richer

| Índice de similitud | Similitud según fuente |
|---|---|
| 8% | Internet Sources: 8%<br>Publicaciones: 1%<br>Trabajos del estudiante: 5% |

2% match (trabajos de los estudiantes desde 18-dic.-2020)
Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-12-18

1% match (Internet desde 05-ene.-2021)
http://eprints.uanl.mx/20536/1/%E2%80%9CRESILIENCIA%20EN%20PACIENTES%20CON%20ASMA%2C.pdf

1% match (Internet desde 14-oct.-2013)
http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10747/CampilloSotoAlvaro.pdf.txt?sequence=2

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 09-feb.-2021)
Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2021-02-09

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 18-dic.-2020)
Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-12-18

< 1% match (trabajos de los estudiantes desde 29-jun.-2020)
Submitted to Universidad Autónoma de Nuevo León on 2020-06-29

< 1% match (Internet desde 20-jul.-2021)
http://eprints.uanl.mx/21799/9/21799.pdf

< 1% match (Internet desde 26-ene.-2021)
http://eprints.uanl.mx/20626/1/ASOCIACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20ARTERIAL%20PERIFERICA%20EN%20PACIENTES%20DIABETIC

< 1% match (Internet desde 09-feb.-2021)
http://eprints.uanl.mx/20620/19/Tesis%20Ever%20%283%29.pdf

< 1% match (Internet desde 03-ago.-2021)
http://eprints.uanl.mx/21941/9/21941.pdf

< 1% match (Internet desde 03-ago.-2021)
http://eprints.uanl.mx/21948/2/Turnitin.pdf

< 1% match (Internet desde 10-abr.-2018)
http://eprints.ucm.es/46201/1/T39352.pdf

< 1% match (Internet desde 08-mar.-2020)
http://docplayer.es/4319926-Victor-noe-elizondo-tijerina-feliciano-blanco-davila-rodolfo-adrian-elizondo-saenz-carlos-jair-garcia-guerrero.html

< 1% match (Internet desde 26-jul.-2020)
https://pesquisa.bvsalud.org/gim/?lang=en&q=mh%3A%22Fetal+Blood%2Fdrug+effects%22

< 1% match (Internet desde 13-may.-2013)
http://www.developmentaid.org/viewjob-175261-Senior-Expert---Evaluation-Illicit-Drugs

< 1% match (publicaciones)
R. C. Reis, A. M. Ramos, A. J. Regazzi, V. P. R. Minim, P. C. Stringueta, "ALMACENAMIENTO DE MANGO SECADO: ANÁLISIS FISICOQUÍMICO, MICROBIOLÓGICO, COLOR Y SENSORIAL STORAGE OF DRIED MANGO: PHYSICOCHEMICAL, MICROBIOLOGICAL, COLOR AND SENSORY ANALYSIS", Ciencia y Tecnologia Alimentaria, 2006

< 1% match (Internet desde 09-jun.-2021)
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26268130/

< 1% match (Internet desde 02-may.-2019)
http://www.drelicirugiaplastica.com/curriculumeli.pdf

< 1% match (Internet desde 13-sept.-2020)
http://persep-sens-dif.blogspot.com/2016/01/v-behaviorurldefaultvmlo.html

< 1% match (Internet desde 03-nov.-2015)
http://www.researchgate.net/publication/28795979_Proyecto_De_Inversin_Para_El_Posicionamiento_De_La_Cabaa_Del_Alemn_En_El_Mercado_De

< 1% match (Internet desde 13-jul.-2021)
https://repositorio.tec.mx/bitstream/handle/11285/636236/Tesis%20Factores%20pron%C3%B3sticos%20de%20recuperaci%C3%B3n%20funcion
isAllowed=y&sequence=1

< 1% match ()
http://www.nutricion.ufm.edu.gt/Investigacion/GUIA_PARA_ELABORACION_DE_PROTOCOLOS.pdf

Dr. Yanko Castro Gomez
Coordinador de posgrado

Dra. Gabriela Mecott Rivera
Director de Tesis

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE MEDICINA "IMPORTANCIA DEL PLANO DE COLOCACIÓN DEL IMPLANTE MAMARIO EN LA PERCEPCIÓN ESTÉTICA DEL RESULTADO DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO" Por DR. JESÚS ANDRÉS RICHER PEÑA Como requisito para obtener el grado de Especialista en CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA Octubre 2021 1 IMPORTANCIA DEL PLANO DE COLOCACIÓN DEL IMPLANTE MAMARIO EN LA PERCEPCIÓN ESTÉTICA DEL RESULTADO DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO Aprobación de la Tesis: Dr. med. Gabriel Ángel Mecott Rivera Director de Tesis Dr. med. Yanko Castro Govea Coordinador de Enseñanza Dr. med. Mauricio Manuel García Pérez Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva Dr. med. Gabriel Ángel Mecott Rivera Coordinador de Investigación Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez Subdirector de Estudios de Posgrado AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA El presente trabajo de tesis lo quiero dedicar a mi familia, empezando con mis padres quienes me han apoyado incondicionalmente a lo largo de mi vida y en especial durante mi carrera profesional, agradezco por sus sacrificios realizados para ver mis metas cumplidas. A mi esposa Anagabriela quien con paciencia, amor y comprensión me ha acompañado a lo largo del camino de mi formación profesional desde que nos conocimos, durante una etapa difícil en mi preparación para el examen nacional de aspirantes a residencias médicas; así como a mis hijas Sara e Isabel, quienes son mi principal motivación e impulso para buscar ser mejor cada día. A mis hermanos, suegros y cuñados por su compañía y apoyo. A mis maestros quienes han sido un elemento importante en mi formación, enseñándome siempre ver más allá y a buscar nuevos horizontes. Por último, gracias a mis amigos, por su comprensión al ver los múltiples sacrificios que he hecho y a mis compañeros residentes por hacer de esta residencia un momento inolvidable y digno de recordar toda la vida. i

TABLA DE CONTENIDO CAPÍTULO I. RESUMEN ..... 1 CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. ..... 3 CAPÍTULO III. HIPÓTESIS ..... 13 CAPÍTULO IV. OBJETIVOS ..... 14 CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS ..... 15 CAPÍTULO VI. RESULTADOS ..... 21 CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN ..... 30 CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN ..... 35 CAPÍTULO IX. REFERENCIAS ..... 36 CAPÍTULO X. ANEXOS ..... 40 CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO ..... 44 ii LISTA DE TABLAS Tabla 1. Respuestas correctas por ítem en cada evaluación.....22 Tabla 2. Calificaciones globales y entre residentes y adscritos de las evaluaciones. .....24 Tabla 3. Confiabilidad interevaluación por medio del ceficiente de correlación intraclase (CCI) en las semanas 1 y 2.....26 Tabla 4. Confiabilidad interevaluador por parejas por medio del coeficiente de kappa de Cohen en las semanas 1 y 2. .....27 Tabla 5. Confiabilidad intraevaluación por medio del coeficiente de correlación de Pearson y prueba McNemar para evaluación test-retest en las semanas 1 y 2.....28 Tabla 6. Confiabilidad intraevaluador por medio del coeficiente de kappa de Cohen en las semanas 1 y 2.....29 iii

CAPÍTULO I. RESUMEN Introducción: La selección del bolsillo tiene un papel importante en la cirugía de aumento mamario ya que determina la relación que tendrá el implante con los tejidos que lo rodean. Tradicionalmente, la decisión de la ubicación se determina con un "pinch test" del polo superior, se opta por un plano profundo (submuscular) o superficial (subglandular) si este espacio resulta suficiente. Sin embargo, muchas de las decisiones tomadas se fundamentan en la experiencia y preferencia personal de cada cirujano, así como en las preferencias y deseos de la paciente y no mediante un sistema de evaluación objetivo. En el sentido visual y perceptivo, se ha notado que el plano de colocación del implante mamario parece no tener importancia en la estética del resultado de la mamoplastia de aumento. Objetivo: Determinar si un cirujano plástico puede precisar de manera visual el plano de colocación de implantes mamarios en pacientes postoperadas de mamoplastía de aumento primario. Métodos: Estudio descriptivo, observacional y longitudinal. Se incluyeron 5 residentes de la subespecialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, así como 5 profesores cirujanos adscritos al Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con al menos 5 años de experiencia profesional. Se realizó un análisis retrospectivo con fotografías obtenidas del expediente clínico de pacientes entre 18 y 40 años posoperadas de mamoplastía de aumento primario, por medio de encuestas, con los implantes colocados en los planos 1 subglandular y submuscular con pinch test mayor de 2 cm y menor de 2 cm en el polo superior; para cada una: 3 casos. Esta encuesta fue contestada por los 10 cirujanos residentes o adscritos en dos tiempos con un mes de diferencia. Se consideró como aceptable cuando un cirujano logre obtener una calificación de al menos 80% en su evaluación. La concordancia intra e interevaluador se obtuvo por medio de coeficientes de kappa de Cohen, coeficiente de correlación de Pearson, coeficiente de kappa Fleiss y coeficiente de correlación intraclase (CCI). Resultados: No se encontró diferencia significativa entre las calificaciones y el porcentaje de sujetos con calificación aceptable (>80%) en las evaluaciones 1 y 2, ni el promedio de ambas, entre residentes y adscritos, ni en preguntas que evaluaban solamente bolsillos submusculares o subglandulares, aunque los puntajes fueron mayores para preguntas de bolsillos subglandulares. Encontramos un grado de acuerdo bajo en ambas evaluaciones entre todos los cirujanos (CCI = 0.203, P = 0.202 y CCI = 0.576, P = 0.001, respectivamente), asi como entre ellos mismos (kappa de Cohen entre 0.250 y 0.731, r de Pearson entre 0.270 y 0.759). Conclusión: Existe una dificultad para los cirujanos al momento de determinar la localización del bolsillo implante mamario por medio de fotografías. Los cirujanos tienen una dificultad de acuerdo entre sí acerca de la localización del bolsillo de implante mamario y existe una variabilidad de acuerdo del cirujano consigo mismo a través del tiempo para las mismas fotografías. Los bolsillos subgladulares fueron más identificables que los submusculares. Entre cirujanos adscritos y residentes no existen diferencias en el grado de acuerdo y facilidad de localización del bolsillo mamario. Palabras claves: implante mamario, mamoplastía de aumento, implante subglandular, implante submuscular, concordancia CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. Marco teórico La mamoplastia de aumento es el procedimiento quirúrgico más popular en el área de Cirugía Plástica, en Estados Unidos de América se registraron más de 300,000 casos en el 2017 (1). La indicación principal para realizar una mamoplastia de aumento es un volumen inadecuado de tejido mamario (hipoplasia mamaria). La hipoplasia mamaria puede ser por desarrollo o involutiva. La hipoplasia por desarrollo cursa con deficiencia de piel, tejido subcutáneo y glandular; ésta puede ser primaria o secundaria a algún problema como hipoplasia torácica (síndrome de Poland) o deformidades como el pectus excavatum. La hipoplasia involutiva por el contrario cursa con exceso de piel y tejido subcutáneo manifestándose como ptosis o pseudoptosis mamaria, generalmente secundaria a mama postparto, lactancia materna o cambios hormonales y variaciones del peso (6). Otra indicación para realizar una mamoplastia de aumento es psicológica ya que algunas mujeres pueden cursar con bajo auto-estima e imagen corporal negativa al considerar sus mamas inadecuadas en comparación con la mayoría de las demás (2,3). Los primeros intentos de aumento mamario datan de los años 1800´s. En 1895 Vincenz Czerny utilizó un lipoma dorsal de una paciente para aumentar su busto. De principios a mediados del siglo XX se utilizaron sustancias inyectables como vidrio, hule, Silastic, parafina y silicón líquido con resultados desastrosos en donde muchas mujeres finalizaron con mastectomías para resecar el tejido mamario impregnado, inflamado y doloroso. En 1961 Cronin y Gerow con apoyo de la "Dow Corning Corporation" desarrollaron el primer implante mamario de silicón, era un implante en forma de gota con envoltura de hule con silicón viscoso en su interior, el cual colocaron en plano subglandular. Conforme han pasado los años, han surgido nuevas y mejores generaciones subsecuentes de implantes mamarios, actualmente se utilizan los implantes de 5ta generación (aprobados por la FDA en 2012), siendo estos implantes de forma estable rellenos de gel cohesivo (4). En cuanto a los implantes mamarios, hoy en día existen de 2 formas: anatómicos y redondos. Los anatómicos tienen forma de gota y se utilizan principalmente para reconstrucción unilateral, deseo de resultado con apariencia mas natural, cuando existe deformidad torácica o mamaria, una mama constreñida o una

distancia de pezón a pliegue inframamario corto. Sin embargo, no hay evidencia que apoye mas uno sobre otro (5). El perfil del implante mamario es una descripción de la silueta del implante, en general existen los implantes de perfil alto (implante alto y estrecho) y perfil bajo (implante bajo y ancho). La proyección es simplemente la distancia en centímetros del eje anteroposterior del implante. Cada marca comercial de implantes utiliza sus propias medidas y términos para clasificar sus implantes del más bajo al más alto perfil. (1) Dentro de la valoración integral de una paciente, existen diferentes variables a tomar en cuenta. Las diferencias anatómicas de la caja torácica (rectangular, redonda, pectus excavatum o asimetrías) está demostrado que modifica el eje y la proyección relativa del busto (9). Debemos de tomar en cuenta esto, ya que puede alterar el resultado deseado por el paciente y el cirujano. El "pinch test" consiste en tomar tejido con el dedo índice y pulgar a nivel del polo superior de la mama para determinar si la cantidad de tejido blando disponible es suficiente (> 2 cm) o escasa (< 2 cm). (1) En base a esta medida, de manera controversial se conoce que una paciente con pinch test < 2 cm (paciente delgada) no es la candidata ideal para colocar implantes en plano superficial (Subglandular ) ya que la textura del implante será muy perceptible, dando un aspecto estético no natural, de la misma manera, a las pacientes con pinch test > 2 cm, sí se les puede colocar implantes en plano superficial sin riesgo estético visual . No existe hasta el momento evidencia sustancial, objetiva y estadística que apoye esta recomendación firmemente. Otra variable a considerar es la ptosis mamaria (mama caída), ésta se presenta en muchas formas, de acuerdo a la clasificación de Regnault, se clasifica en 4 grados. El grado 1 se puede corregir con un implante mamario en plano subglandular, los grados 2 o mayor, requieren de otro tipo de intervención (mastopexia) más compleja. (6) La técnica quirúrgica de aumento mamario no ha cambiado mucho desde su inicio en 1961 (4), lo que sí ha evolucionado, es lo que se encuentra en torno a la cirugía. La mamoplastia de aumento moderna se caracteriza por una selección de implantes optimizada, mayor conocimiento por parte de los pacientes y especialmente, mayor énfasis en las prácticas de asepsia y control del sangrado (1). Existen 4 abordajes quirúrgicos para disecar el bolsillo donde finalmente quedará alojado el implante: inframamario, periareolar, transaxilar y transumbilical con ventajas y desventajas específicas para cada uno de ellos. La más empleada es la inframamaria por su mayor habilidad para manipular el implante, modificar el pliegue inframamario si se desea y mayor control (5). El bolsillo es el sitio donde quedará alojado el implante, existen 4: subglandular, submuscular, subfascial y dual plane (5). Hoy en día los primeros 2 son los mas comúnmente utilizados y se mencionarán a continuación: SUBGLANDULAR (superficial) Plano: debajo de la glándula mamaria y encima del músculo y su fascia (pectoral mayor) Es el plano más ventajoso anatómicamente. Comúnmente se acepta que éste plano logra obtener un resultado más estético con una mama que aparenta tener una caída natural de la pared torácica y se mueve más discretamente con los movimientos corporales. Indicaciones: hipoplasia mamaria en pacientes con tejido mamario adecuado (pinch test > 2 cm), ptosis leve, hipertrofia del músculo pectoral mayor Desventajas: implante mas notorio, implante mas palpable, "rippling" (ondulaciones), visibilidad reducida en estudios de mamografía y mayor riesgo de contractura capsular. (9,10) SUBMUSCULAR (profundo) Plano: debajo del músculo pectoral mayor, encima de la pared costal y pectoral menor (Parte del implante es cubierta por glándula en la porción inferior). Este tipo de implante genera una mama con morfología antinatural, sin embargo, en pacientes seleccionados se han visto resultados similares a los del plano subglandular. Indicaciones: hipoplasia mamaria severa (pinch test < 2 cm), para darle mayor cobertura de tejidos blandos al implante. Ventajas: menor índice de contractura capsular, implantes menos notorios y palpables, menos rippling con los movimientos corporales. Desventajas: posible desplazamiento superior y lateral del implante por el músculo (especialmente si no se dividió la inserción costal del músculo inferiormente), contraindicado en pacientes con ptosis mamaria (doble-bubble), distorsión del implante y asimetrías. (9,10) SUBFASCIAL Descrita por Graf, coloca el implante debajo de la fascia profunda del pectoral mayor. La fascia pectoral se origina del esternón y clavícula, se extiende lateralmente sobre el pectoral mayor y forma la fascia axilar. Inferiormente, se desplaza por encima del oblicuo externo y recto abdominal. (0.1 – 1.14 mm). Propiamente no es un plano, puesto que la cobertura prácticamente es la misma que la subglandular. Ventajas: provee de una cobertura adicional al implante, algunos creen que con esta cobertura adicional reduce la palpabilidad y visibilidad del implante. Potencialmente menor riesgo de contractura capsular que la subglandular. Desventajas: son similares a las de a localización subglandular. . (9,10) DUAL PLANE Realmente es una variedad del plano submuscular, simplemente el músculo no se cierra completamente. Se realiza separación del músculo pectoral mayor y glándula mamaria en diferentes niveles. Para fines prácticos es considerado como plano submuscular. Como parte del protocolo rutinario de un procedimiento estético en la rama de cirugía plástica, siempre se toman fotografías a todos los pacientes de manera preoperatoria y posterior a la cirugía de manera inmediata y a los 6 meses, para ser anexados al expediente fotográfico. Siempre con la misma cámara fotográfica (Nikon DSLR D3400 AF-P 18-55 mm DX – AR) en un mismo fondo y una misma iluminación. Recientemente, en un artículo publicado por Mecott y colaboradores, utilizaron el coeficiente de correlación intraclase, coeficiente de acuerdo y análisis de varianza para evaluar cicatrices en pacientes con secuelas de quemaduras mediante análisis fotográfico, con buena validez de su método (12). Definición del problema La selección del bolsillo tiene un papel importante en la cirugía de aumento mamario. Determina la relación que tendrá el implante con los tejidos que lo rodean (8). De manera convencional, basado en un pinch test del polo superior (< 2 cm / > 2 cm) se opta por un plano profundo (submuscular) si la cantidad de tejidos blandos disponible es escasa; o superficial (subglandular) si es suficiente, ya que se piensa que un implante en plano subglandular será muy notorio en pacientes con escasa cantidad disponible de tejidos blandos; teniendo el paradigma que el resultado estético es influenciado por la estabilidad del plano. Sin embargo, este tema es controversial debido a que muchos cirujanos colocan implantes en bolsillos superficiales en pacientes con pinch test < 2 cm y en bolsillos profundos en pacientes con pinch test > 2 cm, que va en contra de los criterios convencionales que aparentemente presenta buenos resultados. En la práctica clínica real, la decisión de selección del bolsillo es basada en la experiencia y preferencia personal de cada cirujano, así como en las preferencias y deseos de la paciente. Por otra parte, en nuestra práctica clínica, hemos observado que el plano de colocación del implante mamario parece no tener importancia en la percepción estética del resultado de la mamoplastia de aumento. Por lo tanto, argumentamos que un cirujano plástico no debería de basar su decisión de selección de bolsillo en un pinch test, ya que el resultado estético será indistinto en los diferentes planos. Justificación Existen diferentes factores que juegan un papel en la percepción estética del resultado de una mamoplastia de aumento. En este estudio, analizamos uno de los factores que ha sido considerado controversial en los últimos años, este es el plano de colocación (bolsillo) del implante mamario., La decisión de selección del bolsillo en la actualidad se encuentra basada en la experiencia y preferencia personal de cada cirujano, así como en la elección y deseo de la paciente. Por lo tanto, el cirujano plástico no puede basar la decisión de selección de bolsillo solamente en un pinch test, principalmente porque no existen estudios que comprueben superioridad en la percepción estética de uno sobre otro. El presente estudio pretende conocer la importancia del plano de colocación del implante mamario en la percepción estética del resultado de la mamoplastia de aumento. La repercusión del presente estudio radica en que, al conocer si un cirujano plástico puede o no determinar el plano de colocación del implante mamario en una mamoplastia de aumento, se podrá saber si realmente el plano de colocación del implante se asocia con la percepción estética del resultado de la mamoplastia de aumento. Para darle homogeneidad al estudio se incluyeron fotografías postoperatorias (a los 6 – 12 meses de la cirugía) de pacientes con pinch test menor y mayor de 2 centímetros en el polo superior con implantes colocados en los planos subglandular (superficial) y submuscular (profundo). CAPÍTULO III. HIPÓTESIS Hipótesis de investigación: No es posible determinar el plano de colocación del implante en una mamoplastía de aumento primario por medio de análisis fotográfico. CAPÍTULO IV. OBJETIVOS Objetivo principal Determinar si un cirujano plástico puede precisar de manera visual el plano de colocación de implantes mamarios en pacientes postoperadas de mamoplastía de aumento primario. Objetivos específicos • Conocer si existe diferencia en la percepción estética de implantes mamarios con localización subglandular y submuscular entre cirujanos plásticos certificados con más de 5 años de experiencia y residentes de último año del programa de subespecialidad en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. • Conocer la diferencia en la concordancia del pinch test. CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS Diseño del estudio: El presente estudio es descriptivo, observacional y longitudinal. Población: Se incluyeron residentes de último año de la subespecialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva, así como profesores cirujanos adscritos al Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" con al menos 5 años de

experiencia profesional. El tamaño de la muestra es cualitativo y se obtuvo de manera no probabilístico por cantidad, se incluyeron 10 encuestados: 5 residentes y 5 cirujanos profesores adscritos del Servicio. Procedimientos: Se realizó un análisis retrospectivo con fotografías obtenidas del expediente clínico de pacientes posoperadas de mamoplastía de aumento primario. Se generó una encuesta, la cual incluyó fotografías tomadas a los 6 – 12 meses postoperatorios (del archivo fotográfico) de pacientes femeninos con edades entre 18 – 40 años ya operadas de mamoplastia de aumento primario secundario a hipoplasia mamaria con implantes redondos, por medio de abordaje inframamario, con los implantes colocados en los planos subglandular y submuscular con pinch test mayor de 2 cm y menor de 2 cm en el polo superior; para cada una: 3 casos. Plano Pinch Test < 2 cm Pinch Test > 2 cm Subglandular 3 casos 3 casos Submuscular 3 casos 3 casos Se consideró como aceptable cuando un cirujano logre obtener una calificación de al menos 80% en su evaluación. Esta encuesta se mostró y contestó por 2 grupos, cada grupo formado por 5 personas: Grupo A: Cirujanos Plásticos Certificados con al menos de 5 años de experiencia. Grupo B: Residentes de último año del programa de subespecialidad en Cirugía Plástica del Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la UANL. La encuesta se aplicó y proyectó en el Auditorio del Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva del Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la UANL en diferentes horarios para evitar la correlación entre participantes. Los encuestados respondieron la encuesta por Google Forms (https://forms.gle/bzY6964uMG6ycKeLA) desde la comodidad de su teléfono celular. Se proyectaron 2 fotografías de cada caso dentro de la encuesta, de tal manera que hubo 24 preguntas en total. Cada pregunta es de opción múltiple con 2 posibles respuestas cada una. Ejemplo: ¿En qué plano se encuentra colocado el implante mamario en la imagen proyectada? Respuestas: A) Subglandular B) Submuscular Se repetió la encuesta a los mismos encuestados 1 mes después de la primera encuesta para medir la concordancia intraclase. Operacionalización de variables Nombre de la Tipo de variable Definición Definición Escala variable Conceptual Operacional INDEPENDIENTE, DEPENDIENTE, DE CONTROL CONCEPTO DEFINICIÓN O DESCRIPCIÓN DE CÓMO SE OBTENDRÁ EL RESULTADO, ESCALAR, ORDINAL, CATEGÓRICA O Percepción Independiente Impresión que puede percibir un individuo de un objeto a través de los sentidos Se realizó una encuesta con fotografías, en donde los participantes señalan el plano de colocación del implante de acuerdo a su percepción. Escala nominal: • Subglandular • Submuscular Análisis estadístico: Después de la verificación del control de calidad, los datos se capturaron y analizaron utilizando IBM SPSS versión 25 (Armonk, NY; IBM Corp.). El coeficiente de correlación intraclase se calculó para determinar la confiabilidad entre evaluadores dentro de las evaluaciones del cirujano sobre cada punto de evaluación. El criterio para la validación de la escala fue la confiabilidad entre evaluadores del 80 por ciento o más, según lo medido por el coeficiente de correlación intraclase. La correlación individual de Pearson y los coeficientes kappa de Cohen se calcularon para medir la confiabilidad intraevaluador para cada calificación de los médicos tanto en los puntos de evaluación como en la confiabilidad entre los evaluadores dentro de los médicos en cada punto de evaluación. Se calcularon las puntuaciones de Fleiss kappa para evaluar la fiabilidad entre evaluadores e intraevaluadores en ambos puntos de tiempo. La prueba de McNemar se realizó para evaluar las diferencias entre los juicios de calificación test-retest para cada médico calificado. Una P <0,05 se consideró estadísticamente significativa. Aspectos éticos Se les ofreció la participación en dicho estudio a los miembros de cada grupo, a quienes se les describió en qué consta el estudio, además de especificar que sus datos personales no se toman en cuenta. Para proteger a los residentes, quienes representan una población vulnerable, no se utilizó sus nombres, direcciones y/o datos personales en la investigación de estos, y su participación fué completamente voluntaria, también se les ofreció al final de la encuesta si deseaban que sus respuestas fueran omitidas; A los datos obtenidos, solo tienen acceso el investigador principal y el tesista. 19 También por la contingencia actual que vivimos (COVID-19), toda persona involucrada en la participación de la encuesta, tanto encuestados como evaluadores, mantuvieron una distancia de 2 metros entre cada uno, y fue obligatorio el uso de cubrebocas. Al aceptar ser parte del estudio se les pedió que lean cuidadosamente el consentimiento informado, al de estar de acuerdo todos ellos, firmaron en dicho documento. CAPÍTULO VI. RESULTADOS Se realizaron las evaluaciones en dos tiempos a 5 residentes de cuarto año y 5 cirujanos certificados adscritos de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva con al menos 5 años de experiencia profesional. En la tabla 1 se reportan por cada una de las 24 preguntas las frecuencias de respuestas correctas por cada ítem de forma global, y entre residentes y adscritos en las evaluaciones 1 y 2. Tabla 1. Respuestas correctas por ítem en cada evaluación. Pregunta n 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 Primera evaluación Global Residentes Adscritos 10 5 5 8 (80%) 4 (80%) 4 (80%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 8 (80%) 4 (80%) 4 (80%) 4 (40%) 2 (40%) 2 (40%) 7 (70%) 3 (60%) 4 (80%) 7 (70%) 5 (100%) 2 (40%) 8 (80%) 5 (100%) 3 (60%) 4 (40%) 1 (20%) 3 (60%) 3 (30%) 1 (20%) 2 (40%) 4 (40%) 2 (40%) 2 (40%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 9 (90%) 4 (80%) 5 (100%) 7 (70%) 5 (100%) 2 (40%) 5 (50%) 2 (40%) 3 (60%) 3 (30%) 1 (20%) 2 (40%) 9 (90%) 4 (80%) 5 (100%) 5 (50%) 2 (40%) 3 (60%) 7 (70%) 4 (80%) 3 (60%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 7 (70%) 4 (80%) 3 (60%) 6 (60%) 2 (40%) 4 (80%) 5 (50%) 2 (40%) 3 (60%) Segunda evaluación Global Residentes Adscritos 10 5 5 8 (80%) 5 (100%) 3 (60%) 6 (60%) 4 (80%) 2 (40%) 6 (60%) 2 (40%) 4 (80%) 8 (80%) 5 (100%) 3 (60%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 9 (90%) 5 (100%) 4 (80%) 8 (80%) 3 (60%) 3 (60%) 3 (30%) 2 (40%) 1 (20%) 4 (40%) 2 (40%) 2 (40%) 3 (30%) 2 (40%) 1 (20%) 6 (60%) 3 (60%) 3 (60%) 5 (50%) 2 (40%) 3 (60%) 10 (100%) 5 (100%) 5 (100%) 8 (80%) 5 (100%) 3 (60%) 7 (70%) 5 (100%) 2 (40%) 5 (50%) 4 (80%) 1 (20%) 9 (90%) 4 (80%) 5 (100%) 4 (40%) 2 (40%) 2 (40%) 7 (70%) 4 (80%) 3 (60%) 7 (70%) 3 (60%) 4 (80%) 8 (80%) 5 (100%) 3 (60%) 8 (80%) 4 (80%) 4 (80%) 8 (80%) 4 (80%) 4 (80%) No se encontró diferencia significativa entre las calificaciones y el porcentaje de sujetos con calificación aceptable (>80%) en las evaluaciones 1 y 2, ni el promedio de ambas, entre residentes y adscritos. Al repetir el análisis, diviendo la evaluación en preguntas que determinaban localización del implante subglandular o submuscular, tampoco se encontraron diferencias en las calificaciones ni porcentaje de sujetos con calificación aceptable, entre ambas evaluaciones y el promedio de ambas. Se observó que los puntajes fueron mayores en las preguntas con localización subglandular, comparado con las preguntas de implante con localización submuscular. Además, un mayor porcentaje de residentes y adscritos alcazaron una calificación aceptable tras contestar preguntas sobre el implante con localización subglandular (tabla 2). Tabla 2. Calificaciones globales y entre residentes y adscritos de las evaluaciones. Evaluacion Primera Calificacion >80% correctas Respuestas correctas Segunda Calificacion >80% correctas Respuestas correctas Promedio Glob. 60.8 ± 16.3 0 (0%) 14.6 ± 3.9 66.7 ± 17.8 2 (20%) 16.0 ± 4.2 Res. 60.0 ± 18.7 0 (0%) 14.4 ± 4.5 72.5 ± 19.4 2 (40%) 17,.4 ± 4.6 Global Ads. 61.6 ± 15.7 0 (0%) 14.8 ± 3.7 60.8 ± 15.7 0 (0%) 14.6 ± 3.7 P 0.88 NC 0.883 0.327 0.222 0.328 Glob. 72.5 ± 26.3 4 (40%) 8.7 ± 3.1 79.1 ± 21.2 5 (50%) 9.5 ± 2.5 Res. 73.3 ± 28.5 2 (40%) 8.8 ± 3.4 85.0 ± 18.0 3 (60%) 10.2 ± 2.1 Subglandular Ads. P Glob. Res. Ads P 71.6 ± 27.3 2 (40%) 8.6 ± 3.2 73.3 ± 24.5 2 (40%) 8.8 ± 2.9 0.928 0.738 0.927 0.417 0.5 0.417 49.1 ± 17.3 0 (0%) 5.9 ± 2.0 54.1 ± 20.5 2 (20%) 6.5 ± 2.4 46.6 ± 24.7 0 (0%) 5.6 ± 2.9 59.9 ± 27.2 2 (40%) 7.2 ± 3.2 51.6 ± 6.9 0 (0%) 6.2 ± 0.8 48.3 ± 10.8 0 (0%) 5.8 ± 1.3 0.683 NC 0.683 0.413 0.222 0.413 Submuscular Promedio 63.7 ± 66.2 ± 61.2 ± 0.648 75.8 ± 79.1 ± 72.5 ± 0.674 51.6 ± 53.3 ± 49.9 ± 0.784 Calificacion 16.0 18.5 14.8 22.9 22.4 25.6 17.5 25.5 5.8 >80% correctas 1 1 0 0.5 4 2 2 0.738 1 1 0 0.5 (10%) (20%) (0%) (40%) (40%) (40%) (10%) (20%) (0%) Glob.: Global, Res: Residentes, Ads: Adscritos. Los valores de P fueron obtenidos mediante la prueba t de Student para muestras independientes. 24 Se realizó un análisis de confiabilidad inter e intraobservador entre los cirujanos para determinar el grado de acuerdo existente entre todos los cirujanos acerca de la localización del implante mamario. En la tabla 3 se reportan el número de respuestas correctas e incorrectas de cada cirujano que fue evaluado en las dos evaluaciones y el grado de acuerdo entre todos los cirujanos por medio del coeficiente de correlación intraclase. En la tabla 4 se realiza la evaluación del grado de acuerdo entre parejas de cirujanos por medio del coeficiente de Kappa de Cohen. Encontramos un grado de acuerdo bajo en la primera evaluación entre todos los cirujanos acerca de la localización del implante mamario (CCI = 0.203, P = 0.202). En la segunda evaluación, el grado de acuerdo fue mayor comparado con la primera, sin embargo, insuficiente (CCI = 0.576, P = 0.001). Entre evalaudores, encontramos un grado de acuerdo bajo y muy variable. En la primera evaluación, se observó un coeficiente kappa Fleiss para grado de acuerdo global entre todos los cirujanos de 0.013, mientras que en la segunda evaluación fue de 0.109. 25 Tabla 3. Confiabilidad interevaluación por medio del coeficiente de correlación intraclase (CCI) en las semanas 1 y 2. Evaluador Cirujano 1 Cirujano 2 Cirujano 3 Cirujano 4 Cirujano 5 Cirujano

6 Cirujano 7 Cirujano 8 Cirujano 9 Cirujano 10 Correctas (%) 19 (79.2%) 11 (45.8%) 18 (75%) 15 (62.5%) 11 (45.8%) 19 (79.2%) 16 (66.7%) 14 (58.3%) 7 (29.2%) 16 (66.7%) Incorrectas (%) 5 (20.8%) 13 (54.2%) 6 (25%) 9 (37.5%) 13 (54.2%) 5 (20.8%) 8 (33.3%) 10 (41.7%) 17 (70.8%) 8 (33.3%) Semana 1 Semana 2 Confiabilidad Confiabilidad interevaluador interevaluador Media DE CCI P Correctas Incorrectas Mean SE CCI P (%) (%) 1.21 0.41 0.203 0.202 18 (75%) 6 (25%) 1.25 0.44 0.576 0.001 1.54 0.51 14 (58.3%) 10 (41.7%) 1.42 0.50 1.25 0.44 19 (79.2%) 5 (20.8%) 1.21 0.41 1.38 0.49 11 (45.8%) 13 (54.2%) 1.58 0.50 1.54 0.51 11 (45.8%) 13 (54.2%) 1.54 0.51 1.21 0.41 22 (91.7%) 2 (8.3%) 1.08 0.28 1.33 0.48 22 (91.7%) 2 (8.3%) 1.08 0.28 1.42 0.50 16 (66.7%) 8 (33.3%) 1.33 0.48 1.71 0.46 11 (45.8%) 13 (54.2%) 1.54 0.51 1.33 0.48 16 (66.7%) 8 (33.3%) 1.33 0.48 26 Tabla 4. Confiabilidad interevaluador por parejas por medio del coeficiente de kappa de Cohen en las semanas 1 y 2. En gris oscuro, los coeficientes por pareja de la primera evaluación. En gris claro, los coeficientes por pareja de la segunda evaluación Evaluador Cirujano 1 Cirujano 2 Cirujano 3 Cirujano 4 Cirujano 5 Cirujano 6 Cirujano 7 Cirujano 8 Cirujano 9 Cirujano 10 Cirujano 1 1 -0.128 0.053 -0.036 -0.036 0.395 0.299 0.362 -0.209 0.194 Cirujano 2 0.333 1 0.12 -0.159 0.172 -0.128 0.07 -0.169 0.007 0.096 Cirujano 3 0.474 0.083 1 0.043 -0.304 0.474 0.077 -0.143 -0.304 0.091 Cirujano 4 -0.273 0 -0.164 1 -0.343 0.137 -0.068 0.015 -0.51 -0.099 Cirujano 5 -0.13 -0.25 -0.036 0.07 1 -0.209 0.096 0.194 0.161 0.408 Cirujano 6 0.636 0.167 0.731 -0.2 -0.268 1 -0.013 0.106 -0.381 0.194 Cirujano 7 0.5 0.333 0.583 -0.167 -0.083 0.833 1 0.122 -0.068 0.189 Cirujano 8 0.25 0 0.192 0.25 -0.147 0.437 0.333 1 0.015 0.226 Cirujano 9 -0.048 0.083 -0.116 -0.13 -0.021 -0.13 -0.083 0.1 1 0.239 Cirujano 10 0.091 0.167 0.015 -0.029 0.07 0.143 0.167 0.25 0.217 1 27 En el análisis intraevaluación, para evaluar el grado de acuerdo consigo mismo en el tiempo (entre evaluaciones 1 y 2), encontramos una correlación baja a moderada. El coeficiente de correlación de Pearson más bajo fue r = 0.270 (P=0.203), mientras que el más alto fue de r = 0.759 (P<0.001). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en los cambios de respuestas en el tiempo (test-retest) por medio de la prueba de McNemar (tabla 5). Por medio del coeficiente de Kappa de Cohen para valorar el grado de acuerdo de los cirujanos consigo mismos a través del tiempo (evaluación intraevaluador), encontramos igualmente un grado de acuerdo moderado a bajo, siendo el coeficiente más bajo de kappa = 0.250, y el más alto de kappa = 0.731) (tabla 6). Tabla 5. Confiabilidad intraevaluación por medio del coeficiente de correlación de Pearson y prueba McNemar para evaluación test-retest en las semanas 1 y 2. Evaluador Cirujano 1 Cirujano 2 Cirujano 3 Cirujano 4 Cirujano 5 Cirujano 6 Cirujano 7 Cirujano 8 Cirujano 9 Cirujano 10 Confiabilidad intraevaluador Correlación P 0.688 <0.001 0.585 0.003 0.265 0.211 0.41 0.047 0.497 0.014 0.759 <0.001 0.338 0.106 0.27 0.203 0.497 0.014 0.486 0.016 Test-Retest P >0.999 >0.999 >0.999 >0.999 >0.999 0.25 0.727 0.625 0.687 >0.999 28 Tabla 6. Confiabilidad intraevaluador por medio del coeficiente de kappa de Cohen en las semanas 1 y 2. Evaluador Cirujano 1 Cirujano 2 Cirujano 3 Cirujano Cirujano 5 Cirujano 6 Cirujano 7 Cirujano 8 Cirujano 9 Cirujano 4 10 Cirujano 1 0.684 ---------- Cirujano 2 — 0.583 --------- Cirujano 3 — — 0.263 -------- Cirujano 4 — — — 0.48 ------ Cirujano 5 ---- 0.497 ----- Cirujano 6 ----- 0.731 ---- Cirujano 7 ------ 0.333 — — — Cirujano 8 -------- 0.25 — — Cirujano 9 --------- 0.489 — Cirujano ---------- 0.486 10 29 CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN La mamoplastía de aumento es uno de los procedimientos quirúrgicos estéticos más frecuentemente realizados (13). A través del tiempo, se han mejorado los procedimientos quirúrgicos y las tecnologías de implante que han conllevado a la optimización de los resultados estéticos (14-16). El abordaje inframamario ha sido atractivo para los cirujanos plásticos como alternativa de bolsillo de implantes debido a que es fácilmente identificable y que tiene una fuerza adecuada evidente durante la manipulación quirúrgica (17-20). A pesar de la falta de unanimidad acerca del bolsillo quirúrgico, la decisión es usualmente definida por la preferencia y experiencia del cirujano, así como de la anatomía de la mama. Si bien, el bolsillo subglandular es confiable, colocar un implante de silicón cohesivo a lado del tejido glandular puede conllevar a un resultado no satisfactorio en términos de visibilidad y palpación. Estos efectos, son más perceptibles en pacientes delgadas con mamas más pequeñas y pobre cobertura de tejido blando, donde se puede hacer notar la transición en los límites del implante (21,22). Junior et al. realizaron un estudio aleatorizado para determinar si existen diferencias clínicas y radiológicas entre los bolsillos subglandulares y submusculares posterior a mamoplastía de aumento primaria. Las pacientes fueron aleatorizadas a ambos bolsillos, y el estudio fue doblemente cegado. Se 30 evaluaron las características clínicas y radiológicas por cinco cirujanos independientes y por resonancia magnética, en un seguimiento a 12 meses. No encontraron diferencias en la consistencia de la mama, el bolsillo de implante, simetría, contorno y forma en las evaluaciones de los cirujanos a 3 y 12 meses posterior a la cirugía, sin embargo, la resonancia magnética demostró una base de implante mayor en las pacientes con bolsillo submuscular. No se encontraron diferencias en el grosor de la cápsula, dobleces, fluidos o proyección por imagen (23). A pesar de las recomendaciones guiadas en el pinch test sobre el bolsillo de colocación del implante mamario, la decisión finalmente radica en la experiencia y preferencia personal del cirujano plástico, así como del deseo de la paciente. En este estudio, se pretendió conocer la importancia del plano de colocación del implante mamario en la percepción estética del resultado de la mamoplastia de aumento. El objetivo de nuestro trabajo fue determinar si un cirujano plástico puede precisar de manera visual el plano de colocación de implantes mamarios en pacientes postoperadas de mamoplastía de aumento primario. Se incluyeron 5 residentes de cirugía plástica y 5 adscritos cirujanos plásticos certificados con al menos 5 años de experiencia, para la evaluación de 24 fotografías de 12 pacientes con bolsillo subglandular y 12 con bolsillo submuscular. En este trabajo, encontramos que existía una variabilidad en el número de respuestas correctas de cada cirujano. La media de número de 31 respuestas correctas en la evaluación 1 y 2 fueron de 14.6 y 16 respuestas, respectivamente. En la primera evaluación, ningún cirujano alcanzó obtener una calificación encima del 80%. En la segunda evaluación, esta calificación aceptable fue alcanzada por solamente dos residentes de cirugía plástica. No se encontraron diferencias significativas en las calificaciones, número de respuestas correctas o porcentaje de cirujanos con calificación aceptable (>80% de las respuestas correctas) en las dos evaluaciones, ni en el promedio de ambas. Después de realizar algunos análisis de confiabilidad interevaluador, en donde se determina el grado de acuerdo existente entre todos los cirujanos y entre cirujanos por parejas (2 tiempos), acerca de la localización del bolsillo del implante en cada fotografía, encontramos un grado de acuerdo global moderado a bajo de forma global y entre cada cirujano evaluado por parejas. Además, después de realizar un análisis intraevaluador, para determinar el grado de acuerdo de las respuestas de la evaluación 1 y 2 en el mismo cirujano, a través del tiempo, encontramos un grado de acuerdo variable, de bajo a moderado. Con lo anterior, se logró determinar en este estudio que existe una dificultad para los cirujanos para determinar la localización del bolsillo subglandular o submuscular del implante mamario por medio de fotografías, incluso después de la inclusión de fotografías que consideraron o no el pinch test. 32 Además, en este trabajo también se demostró que los cirujanos no pueden ponerse de acuerdo entre sí acerca de la localización del bolsillo de implante mamario, debido a que existe un grado bajo de acuerdo determinado por medio el coeficiente de kappa de Cohen, kappa Fleiss, coeficiente de correlación de Pearson y coeficiente de correlación intraclase. También se documentó en este trabajo que existe una variabilidad de acuerdo del cirujano consigo mismo a través del tiempo para las mismas fotografías, lo que sugiere que incluso es difícil para el cirujano determinar la localización del implante de una misma paciente por medio de fotografías a través del tiempo. En este trabajo se observó una tendencia a mejor localizar los implantes de localización subglandular que los que se encuentran en una localización submuscular, en los que fue complicado discernir. Esto fue demostrado ya que al dividir las evaluaciones en preguntas para bolsillos submusculares y subglandulares, existieron puntajes más altos y mayor número de cirujanos que alcanzaron una calificación aceptable en las preguntas sobre bolsillo subglandular aislado. Por último, en este trabajo se documentó que entre cirujanos adscritos y residentes no existen diferencias en el grado de acuerdo y facilidad de localización del bolsillo mamario, sugiriendo que la experiencia no es suficiente para poder permitir una mayor fiabilidad en la localización de los bolsillos de implante mamario. Los resultados de este estudio semejan lo encontrado por Junior et al., en el que se demostró que la selección entre planos submusculares y subglandulares no demuestran diferencias clínicas y pueden ser seleccionadas de acuerdo con la experiencia profesional, sin mayor ventaja de uno sobre otro (23). Pereira y Sterodimas compararon por medio de un estudio prospectivo los resultados postoperatorios de la mamoplastía de aumento en bolsillos subglandulares, subfaciales y submusculares, y encontraron tasas de satisfacción similares de acuerdo con la percepción de las pacientes (24). Brown et al. en un estudio retrospectivo y comparativo de técnicas subfasciales y

subglandulares, a un seguimiento de 51 meses, no encontraron diferencias significativas en las tasas de complicaciones, ni en la satisfacción de las pacientes (25). CAPÍTULO VIII. CONCLUSIÓN Como conclusión, en este estudio, se logró determinar que existe una dificultad para los cirujanos para determinar la localización del bolsillo implante mamario por medio de fotografías. Los cirujanos tienen una dificultad de acuerdo entre sí acerca de la localización del bolsillo de implante mamario y existe una variabilidad de acuerdo del cirujano consigo mismo a través del tiempo para las mismas fotografías. En este trabajo se observó una tendencia a mejor localizar los implantes de localización subglandular que los que se encuentran en una localización submuscular, en los que fue complicado discernir. Por último, se concluye que entre cirujanos adscritos y residentes no existen diferencias en el grado de acuerdo y facilidad de localización del bolsillo mamario, sugiriendo que la experiencia no es suficiente para poder permitir una mayor fiabilidad en la localización de los bolsillos de implante mamario. CAPÍTULO IX. REFERENCIAS 1. Wan D, Rohrich RJ. Modern Primary Breast Augmentation: Best Recommendations for Best Results. Plast Reconstr Surg. 2018 Dec;142(6):933e-946e 2. Edgerton MT, Meyer E, Jacobson WE. Augmentation mammoplasty. II. Further surgical and psychiatric evaluation. Plast Reconstr Surg. 1961; 27:279. 3. Druss R. Changes in body image following augmentation breast surgery. Int J Psychoanal Psychother. 1973; 2:248. 4. Adams WP Jr, Mallucci P. Breast augmentation. Plast Reconstr Surg. 2012 Oct;130(4):597e-611e. 5. Schwartz MR. Evidence-Based Medicine: Breast Augmentation. Plast Reconstr Surg. 2017 Jul;140(1):109e-119e 6. NELIGAN, P. 4th edition (2018). Volume 5 Breast. Plastic surgery. London, Elsevier Saunders. 7. Khan UD. Selection of breast pocket using the pinch test in augmentation mammoplasty: can it be relied on in the long term? Aesthetic Plast Surg. 2009 Sep;33(5):780-1. 8. Hidalgo DA. Breast augmentation: Choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. Plast Reconstr Surg. 2000; 105:2202–2216; discussion 2217. 9. Hidalgo DA, Spector JA. Breast augmentation. Plast Reconstr Surg. 2014; 133:567e–583e. 10. Shiffman M. Breast Augmentation. 2009 Springer 11. Portney, LG.; Watkins, MP. Foundations of clinical research: applications to practice. Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall; 2009. 12.Mecott GA et al, Reliable scar scoring system to assess photographs of burn patients. J Surg Res. 2015 Dec;199(2):688-97. 13.American Society of Plastic Surgeons. Cosmetic plastic surgery statistics. 2013. Desde: https://www.plasticsurgery.org/news/plasticsurgery- statistics/2013.html. 14.Spear SL, Bulan EJ, Venturi ML. Breast augmentation. Plast Reconstr Surg 2004;114:73–81 15. Lista F, Ahmad J. Evidence-based medicine: augmentation mammaplasty. Plast Reconstr Surg. 2003132(6):1684–96 16.Adams WP Jr, Mallucci P. Breast augmentation. Plast Reconstr Surg. 2012;130:597e–611e 17.Graf RM, Bernardes A, Rippel R et al. Subfascial breast implant: a new procedure. Plast Reconstr Surg 2003;111:904–911 18. Goes JC, Landecker A. Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane. Aesth Plast Surg 2003;27:178–186 19. Jinde L, Jianliang S, Xiaoping C et al. Anatomy and clinical significance of pectoral fascia. Plast Reconstr Surg 2006; 118:1160–1557 20. Benito-Ruiz J. Subfascial breast implant. Plast Reconstr Surg. 2004; 113:1088–1091 21.Munhoz AM, Fells K, Arruda E, Montag E, Okada A, Aldrighi C, Aldrighi JM, Gemperli R, Ferreira MC. Subfascial transaxillary breast augmentation without endoscopic assistance: technical aspects and outcome. Aesthetic Plast Surg. 2006; 30(5):503–512 22.Munhoz AM, Gemperli R, Sampaio Goes JC. Transaxillary subfascial augmentation mammaplasty with anatomic formstable silicone implants. Clin Plast Surg. 2015; 42(4):565–584 23.Junior IM, Graf RM, Kurogi Asenco AS, et al. Is There a Breast Augmentation Outcome Difference Between Subfascial and Subglandular Implant Placement? A Prospective Randomized Double-Blinded Study. Aesth Plast Surg. 2019;43:1429-36. 24. Pereira LH, Sterodimas A. Transaxillary breast augmentation: a prospective comparison of subglandular, subfascial, and submuscular implant insertion. Aesthetic Plast Surg. 2009;33(5):752–759 25. Brown T. Subfascial breast augmentation: Is there any advantage over the submammary plane? Aesthetic Plast Surg. 2011;34(3):365–373 CAPÍTULO X. ANEXOS Anexo 1. Aprobación del Comité de Ética en Investigación Anexo 2. Aprobación del Comité de Investigación Anexo 3. Encuesta aplicada a los pacientes. Anexo 4. Consentimiento informado escrito CAPÍTULO XI. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO Jesús Andrés Richer Peña Candidato para el Grado de Especialista en Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva Tesis: "IMPORTANCIA DEL PLANO DE COLOCACIÓN DEL IMPLANTE MAMARIO EN LA PERCEPCIÓN ESTÉTICA DEL RESULTADO DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO" Campo de Estudio: Ciencias de la salud. Biografía: Nacido en Monterrey, N.L. el 29 de junio de 1988, hijo de José Richer Vela y Carmen Araceli Peña Guitierrez. Educación: Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina, grado obtenido Médico Cirujano y Partero en 2013. Experiencia profesional: Residente de Cirugía General del programa Cirugía General y Laparoscópica del Hospital General de Ciudad Juárez, en Ciudad Juárez, Chihuahua de marzo 2015 a febrero 2018. Residente del programa de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en Monterrey, Nuevo León, de marzo 2018 a febrero 2022. 44 "IMPORTANCIA DEL PLANO DE COLOCACIÓN DEL IMPLANTE MAMARIO EN LA PERCEPCIÓN ESTÉTICA DEL RESULTADO DE LA MAMOPLASTIA DE AUMENTO" Por DR. JESÚS ANDRÉS RICHER PEÑA Como requisito para obtener el grado de Especialista en CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA Asesor: Dr. med. Gabriel Ángel Mecott Rivera Octubre 2021 2 3 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 20 21 22 23 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 45